# All’Azienda Sociosanitaria Ligure 5

Dipartimento di Prevenzione

S. C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

Via Fiume, 137 - 19122 LA SPEZIA

Tel. 0187/534529 Fax. 0187/534540

[alimenti.nutrizione@asl5.liguria.it](mailto:alimenti.nutrizione@asl5.liguria.it) [protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it](mailto:protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it)

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………….

C.F. .……………………………………… nato a ………………………………………………..

Il ……………………………. residente a ……………………………………… Prov…………

Via …………………………………………….. N. …………. Tel. ………………………………

Titolare dell’attività di ……………………………………………………………………………..

nei locali siti in ………………………..… via ……………………………………….. N. ………

C H I E D E

Il parere sull’idoneità al consumo umano delle merci di seguito descritte in quanto (motivazione): ………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………… Allega ricevuta di versamento su C/C postale n. 11367190 oppure bonifico bancario IBAN IT79 I06 2301 0727 0000 4069 3215 intestato a A.S.L. 5 “Spezzino-Servizio Tesoreria” – di €. ……………… (1) indicando nella causale: “ANNO – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

– Attestato non idoneità al consumo”

Data ……………………………………. Firma ………………………………..………

N O T E

(1) in ragione del 2% del valore monetario della partita oggetto della distruzione per un importo comunque non inferiore o superiore alle somme indicate nel **Tariffario Regionale Aggiornato**

***DESCRIZIONE MERCE DA DISTRUGGERE***

**Descrizione prodotto**

**quantità (kg.)**

# totale quantità

**totale valore dichiarato in euro**

La Spezia, lì …………………………

Firma ……………………………………..